



Le présent document est à remettre dûment complété et signé à la Direction des Ressources Humaines

Nom de l'Employeur : \_\_\_\_\_

**ASSURE**

Nom _____	Prénom _____
Nom de jeune fille _____	N°S.S  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Adresse _____	
CP  _ _ _ _ _	Ville _____

**MODIFICATION DE L'ADRESSE** à compter du |\_|\_|\_|\_|\_|

J'indique ci-après ma nouvelle adresse :

.....  
.....  
.....

**RADIATION** à compter du |\_|\_|\_|\_|\_|

- Motif de la radiation**
- Agent radié des effectifs (préciser le motif) : .....
  - Congé sans solde, disponibilité... (préciser le motif) : .....
  - Radiation volontaire de l'agent (préciser le motif) : .....

**RAPPEL des modalités de résiliation d'une adhésion**

Agent sorti de l'effectif	Radiation dès rupture du contrat de travail
Radiation volontaire	Radiation le 1 <sup>er</sup> janvier de chaque année moyennant un préavis de 2 mois

**MODIFICATION DE L'ASSIETTE** à compter du |\_|\_|\_|\_|\_|

Je certifie vouloir modifier mon assiette de cotisations et prestations comme suit :

Mon assiette de cotisations et prestations est au minimum composée du Traitement Indiciaire Brut et de la Nouvelle Bonification Indiciaire

- Je ne souhaite plus cotiser sur le Régime Indemnitaires
- Je souhaite intégrer mon Régime Indemnitaires dans l'assiette de cotisations et prestations

L'assiette de cotisations retenue s'applique à l'ensemble des garanties souscrites.

**Tournez SVP**

**MODIFICATION DES GARANTIES**

à compter du |\_|\_|\_|\_|

Je certifie vouloir modifier mon adhésion comme suit :

- Je ne souhaite plus souscrire aucune garantie supplémentaire à la garantie de base « incapacité temporaire de travail » souscrite par mon employeur.
- Je ne souhaite plus souscrire, en complément de la garantie de base souscrite par mon employeur, la ou les garantie(s) supplémentaire(s) ci-dessous :
- Formule 1 « Incapacité Temporaire de Travail + Invalidité »
  - Formule 2 « Incapacité Temporaire de Travail + Invalidité + Perte de retraite »
- Je souhaite souscrire les garanties ci-après, en complément à la garantie de base :
- Formule 1 « Incapacité Temporaire de Travail + Invalidité »
  - Formule 2 « Incapacité Temporaire de Travail + Invalidité + Perte de retraite »

**RAPPEL des modalités pour changement de garanties**

<b>A la baisse</b>	<i>Au 1er janvier de chaque année moyennant un préavis de 2 mois.</i>
<b>A la hausse</b>	<i>A tout moment moyennant un préavis de 2 mois (modification le 1er du mois suivant la fin du préavis)</i>

**A COMPLETER IMPERATIVEMENT**

Je suis actuellement en arrêt de travail en raison d'un accident ou d'une maladie, je bénéficie d'un temps partiel thérapeutique ou je ne suis pas en activité normale de service (disponibilité d'office pour convenance personnelle, congé parental, congé pour présence parentale)

Oui \*     Non

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées par la Mutuelle dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la mutuelle conformément à leur objet. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels l'adhérent bénéficie de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et notamment aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission. Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, le membre participant, ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par la mutuelle, dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression sur les informations les concernant. Pour ce faire, le membre participant peut adresser un courrier au siège social de la mutuelle, à l'attention de la direction juridique.

**CACHET DE L'EMPLOYEUR**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) précédée de la mention manuscrite " je donne mon accord pour les modifications ci-dessus"

Ce document est à retourner dûment complété, signé par l'adhérent et cacheté par l'employeur à : GRAS SAVOYE – Intérieure – TSA 91005 – 69303 LYON CEDEX 07